

Progresja myśli samobójczych do zachowań samobójczych w świetle wybranych modeli suicydologicznych

Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models

Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Anna Ostachowska

Katedra Psychoterapii UJ CM

Summary

In clinical practice suicidal ideation (SI) is one of the most commonly encountered symptoms in patients with mental disorders. Such encounter calls for diligent evaluation of suicidal risk. Although the risk factors are widely known, accurate estimation of suicidal risk remains one of the most difficult and most important tasks that clinicians face – especially considering recently collected data showing increase in suicide prevalence in Poland. More thorough estimation of suicidal risk in patients with SI requires taking under consideration not only suicidal risk factors but also factors that are more specific for progression of SI to suicidal behaviors (SB). The review presented in this paper consists of a range of suicidological theories that allow to select a number of groups of factors and mechanisms that are most specific for progression of SI to SB. These groups include: (1) transgression of fear of causing harm and pain to oneself, as well as disintegration of other protective barriers such as (2) decline of social integration with others, feeling of being alienated or abandoned, decline of sense of belongingness, lack of social support, (3) resignation from family and social obligations, (4) dismissing cultural or religious norms, (5) rejection of life goals, values and aspirations that were appreciated earlier, (6) narrowing down in perceived alternatives for suicide, i.e., “tunnel vision”, feelings of helplessness and powerlessness, (7) devising in details and accepting simple suicidal plan, especially when such plan is being consolidated through rehearsals and as if “automatized”, (8) impulsiveness, (9) accumulation of aggression that may be vented out as suicide, and finally (10) accessibility of means to commit suicide.

Słowa kluczowe: samobójstwo, zachowania samobójcze, myśli samobójcze

Key words: suicide, suicidal behavior, suicidal ideation

Wprowadzenie

Samobójstwo jest wielowymiarowym, złożonym zjawiskiem, którego definicje nie są ze sobą w pełni zgodne. Jedna z szeroko akceptowanych definicji, przyjęta przez WHO, określa samobójstwo jako akt intencjonalnego (*deliberate*) odebrania sobie życia [1]. Analogicznie zachowania samobójcze (ZS) definiowane są najczęściej jako potencjalnie śmiertelne działania podjęte z intencją odebrania sobie życia. Za próby samobójcze (PS) zwykle uznawane są takie ZS, którym towarzyszyła jasno wyrażona intencja samobójcza lub które wiązały się z istotnym zagrożeniem życia [1, 2]. Część autorów pojęcia te zbiorczo określa mianem suicydalności. Kluczowym elementem wymienionych definicji (oddzielającym je od wypadków skutkujących lub mogących skutkować śmiercią) jest „rozmyślność” czy też „intencjonalność”. Tak więc z samych przyjętych definicji wynika, że myśli samobójcze (MS – rozumiane jako chęci odebrania sobie życia) poprzedzają wystąpienie zachowań samobójczych, w tym samobójstw.

Rozpowszechnienie przejawów suicydalności

Trzeba pamiętać, że tylko u niewielkiej części pacjentów z MS dochodzi do wystąpienia ZS. We francuskiej populacji ogólnej rozpowszechnienie osób, u których w ciągu roku poprzedzającego badanie wystąpiły MS, wynosiło 3,9%. W tym samym okresie próbę samobójczą (PS) podjęło 0,5% badanych [3] (co stanowiło 13% osób z MS). W badaniu obejmującym 19 krajów, w tym 7 krajów europejskich, odsetek osób, u których w okresie całego życia wystąpiły MS, wyniósł 9,2%, podczas gdy PS podjęło 2,7% badanych (czyli 29,0% z ogólnej liczby osób, u których występowały MS) [4]. Przy czym przyjmuje się, że na każde 15–25 prób samobójczych przypada jedno dokonane samobójstwo [2]. Według ogólnoswiatowych szacunków WHO około 1,5% wszystkich zgonów jest następstwem samobójstw. W rankingu najczęstszych przyczyn śmierci w 2012 r. samobójstwo zajęło 15. miejsce, niemniej jednak w grupie wiekowej 15–29 lat samobójstwo znalazło się na 2. pozycji. Roczny współczynnik samobójstw przypadających na 100 tysięcy mieszkańców Polski w 2012 r. wyniósł 16,6 (w tym 30,5 dla mężczyzn i 3,5 dla kobiet według danych WHO) i był wyższy niż współczynnik globalny wynoszący 11,4 [1]. Z kolei według Komendy Głównej Policji (stosującej inną metodykę gromadzenia danych o samobójstwach) w ostatnich latach w Polsce liczba samobójstw wzrosła: z 3839–4384 przypadków w latach 2008–2012 do 6101 przypadków w roku 2013 i 6165 przypadków w roku 2014 [5]. U uczniów polskich szkół w wieku 14–21 lat występowanie w ciągu życia MS zgłosiło 37% dziewcząt i 25% chłopców, występowanie PS zaś 11% dziewcząt i 5% chłopców [6]. Jednak wśród polskich nastolatków, którzy odebrali sobie życie w latach 1999–2006, chłopcy stanowili 80–85% [7]. Na początku lat 90. XX w. samobójstwa stanowiły około 10% zgonów w wyniku urazów u dzieci i młodzieży, w 2012 r. zaś – już prawie 15% [8]. Trendom tym towarzyszą obserwacje wzrostu w ciągu ostatniej dekady częstości podejmowania prób samobójczych przez pacjentów psychiatrycznych w okresie adolescencji. Wśród samobójców zarówno w Polsce, jak i za granicą liczebnie prze-

ważają mężczyźni. Wśród Polaków na każde samobójstwo kobiety przypada od 4 do 9 samobójstw dokonanych przez mężczyzn [1, 9].

Suicydalność a diagnoza psychiatryczna

W badaniach o typie autopsji psychologicznych stwierdza się, że wśród osób, które popełniły samobójstwo, ponad 90–95% cierpiało z powodu zaburzeń psychicznych [9]. Zgony osób cierpiących na zaburzenia psychiczne przypisuje się w przeważającej części przypadków zaburzeniom afektywnym (około 80%), głównie depresji. Około 10% samobójstw przypisuje się psychozom z kręgu schizofrenii [2].

Z drugiej strony, w praktyce klinicznej u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi MS ujawniane są stosunkowo często. Badania chorych na dużą depresję wykazują, że MS występują u 18% pacjentów leczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, u 55% pacjentów leczonych psychiatrycznie ambulatoryjnie oraz u 76% pacjentów hospitalizowanych [10]. Z kolei pośród pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) podczas przeciętnego epizodu choroby MS zaobserwowano u 61% pacjentów. U pacjentów z ChAD w ciągu całego życia w 80% przypadków dochodzi do wystąpienia MS wraz z ZS, w 51% przypadków zaś podejmowane są PS [11]. Do dokonania samobójstwa dochodzi średnio u 10–15% pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi [12] oraz u 15–19% pacjentów z rozpoznaniem ChAD [13]. MS często występują także u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych z kręgu schizofrenii. U pacjentów z co najmniej jednym epizodem schizofrenii w przeszłości w okresie 2 tygodni poprzedzających przekrojowe badanie rozpowszechnienie MS wyniosło około 16% [14]. Ponad 30% pacjentów, u których rozpoznano schizofrenię, podejmuje w ciągu swojego życia PS [15], a około 6% ginie z powodu samobójstwa [16]. W metaanalizie stwierdzono silny związek pomiędzy występowaniem MS a dokonaniem samobójstwa u pacjentów z psychozami ze spektrum schizofrenii (95% CI: 3,82–11,02) [17].

Kolejną grupą, w której częste są MS i ZS, są osoby cierpiące na zaburzenia jedzenia. U pacjentów w przedziale wiekowym 7–18 lat z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego MS występowały w 20% przypadków, natomiast u pacjentów z rozpoznaniem żarłoczości psychicznej w 43% przypadków [18]. W badaniu poświęconym PS stwierdzono, że były one podejmowane przez 3–20% pacjentek z jadłowstrętem psychicznym oraz przez 25–35% pacjentek z żarłoczością psychiczną. Przy czym istotnie wyższe niż w populacji ogólnej ryzyko dokonania samobójstwa stwierdzono u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym – według części autorów sięgało ono 5,3% (nie licząc zgonów spowodowanych niedożywieniem) [19].

Grupą obarczoną nieco mniejszym ryzykiem samobójczym, w której jednak MS są stosunkowo często spotykane, są pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości. W populacji pacjentów kierowanych z powodu owych zaburzeń do leczenia grupową psychoterapią w oddziale dziennym stwierdzono, że około 1/3 zgłaszało MS występujące w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie [20, 21]. Pośród tych grup pacjentów MS i ZS szczególnie często obserwuje się w przypadkach zaburzeń osobowości typu borderline, osobowości dyssocjalnej,

zaburzeń lękowych uogólnionych oraz w lęku panicznym. U pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline stwierdza się, poza częstymi samookaleczeniami (50–80% przypadków), częste występowanie MS, prób samobójczych (obecne u 40–85% pacjentów) oraz podwyższone ryzyko samobójcze szacowane na 5–10% [22].

Również w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych stwierdza się wyższe niż przeciętne ryzyko występowania myśli samobójczych (OR: 2,0–2,5) i prób samobójczych (OR: 2,6–3,7) [23]. U osób uzależnionych od alkoholu łączna częstość występowania myśli i zachowań samobójczych w ciągu całego życia była ponad dwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej (9,0% vs. 4,1%) [24]. Co więcej, badania pokazują, że od 19 do 63% samobójstw wiąże się z zaburzeniami wywołanymi stosowaniem substancji psychoaktywnych, głównie uzależnieniem od alkoholu [25], oraz że około 10–15% pacjentów uzależnionych od alkoholu ginie na skutek samobójstwa [2].

Myśli samobójcze w kontekście estymacji ryzyka samobójstwa

Przytoczone powyżej dane dotyczące rozpowszechnienia różnych manifestacji suicydalności potwierdzają konieczność rutynowej ewaluacji ryzyka samobójczego u pacjentów leczonych psychiatrycznie. Pomimo licznych badań i obszernych zasobów wiedzy na temat samobójstw ich przewidywanie (określenie ryzyka samobójczego) oraz zapobieganie im wciąż stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań dla lekarzy, a zwłaszcza psychiatrów. Trafna estymacja ryzyka samobójczego ma kluczowe znaczenie dla właściwego doboru metod leczniczych, podejmowania decyzji o hospitalizacji oraz o monitorowaniu zachowań pacjenta w jej trakcie. Trafne wyodrębnienie pacjentów obciążonych wysokim ryzykiem samobójczym jest niezbędne dla zapewnienia im bezpieczeństwa podczas okresów dekompensacji.

Szacuje się, że około ⅓ osób, które popełnią samobójstwo, w ciągu sześciu miesięcy przed jego dokonaniem będzie miało styczność z pracownikami służby zdrowia [2]. Badania wskazują, że spośród tych, którzy popełnili samobójstwo, nawet do 80% osób zakomunikowało wcześniej swoje zamiary werbalnie lub poprzez zachowanie [26]. Jednakże szereg badań sugeruje również, że owa otwartość maleje w okresie bezpośrednio poprzedzającym samobójstwo oraz jest znacznie ograniczona w stosunku do terapeutów. W grupie pacjentów, którzy dokonali samobójstwa w szpitalu, z których 39% zostało przyjętych z powodu MS, podczas ostatniego spotkania z terapeutą, jakie poprzedziło samobójstwo, 78% zaprzeczyło obecności MS [27]. Inne badania wskazują, że istotnym źródłem informacji są rodziny pacjentów – w ciągu 12 miesięcy przed popełnieniem samobójstwa 69% osób poinformowało o swoich zamiarach małżonka, 50% poinformowało przyjaciela, a tylko 18% poinformowało terapeutę. W osobnym badaniu stwierdzono, że wśród pacjentów ocenianych jako zagrożonych samobójstwem, którzy zaprzeczyli występowaniu MS w rozmowie z terapeutą, 25% ujawniło MS członkom swoich rodzin. Podkreśla się także, że część pacjentów może ujawnić uprzednio ukrywane MS podczas samodzielnego wypełniania kwestionariuszy zawierających pytania na ten temat. Co więcej, w przypadku pacjentów obarczonych szczególnie wysokim ryzykiem samobójstwa bardziej wartościowymi wskaźnikami zagrożenia samobójczego są ich zachowania

niż ich deklaracje, często będące formą dyssymulacji. Wśród wskaźników zagrożenia podkreśla się niekorzystne znaczenie prognostyczne dążeń pacjentów do zachowania w tajemnicy przygotowań do popełnienia samobójstwa [26]. W takich sytuacjach nie do przecenienia wydaje się umiejętność budowania relacji terapeutycznej oraz wyczulenie na pełne spektrum komunikatów, jakie mogą zwiastować ZS.

W dalszej estymacji ryzyka samobójczego konieczne jest także wzięcie pod uwagę licznych czynników ryzyka, wśród których wymienia się: płeć męską, okres adolescencji lub starości, rasę białą, bycie osobą samotną, rozwiedzioną lub owdowiałą, brak sieci wsparcia, niestabilne relacje interpersonalne, konflikty z prawem, bycie bezrobotnym, deklarowanie myśli samobójczych, obecność planów samobójczych, w tym podjęcie przygotowań do ich realizacji, wcześniejsze próby samobójcze, zwłaszcza te o metodyce cechującej się wysokim poziomem letalności, bezsenność, obecność urojeń lub halucynacji, wysokie nasilenie niepokoju, pobudzenie psychoruchowe, niskie poczucie własnej wartości, poczucie bezradności, hipochondrię, impulsywność, wychowanie w kulturze aprobującej samobójstwo, brak planów na przyszłość, niedawne doświadczenie straty, niedawne urodzenie dziecka przez kobietę, przypadki samobójstw wśród członków rodziny, śmierć lub rozłąka z rodzicami we wczesnym etapie życia, bycie ofiarą wykorzystywania seksualnego, pochodzenie z rodziny dysfunkcyjnej etc. Nieodzwonne przy określaniu ryzyka samobójczego jest wzięcie pod uwagę, obok zaburzeń psychicznych, szeregu chorób somatycznych, zwłaszcza wiążących się z przewlekłym i niepoddającym się leczeniu bólem lub ograniczeniem sprawności ruchowej ciała, m.in. infekcji wirusem HIV, nowotworów mózgu, padaczki, szeregu chorób neurodegeneracyjnych, w tym stwardnienia zanikowego bocznego, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Huntingtona etc. [2, 28].

Wartościowym dopełnieniem ewaluacji ryzyka samobójczego jest spojrzenie na sytuację pacjenta przez pryzmat modeli teoretycznych, które stanowią próby opisanie mechanizmów prowadzących do zachowań samobójczych. Suicydologdy zaproponowali dotąd co najmniej kilkanaście znaczących perspektyw opisujących, w jaki sposób dochodzi do samobójstwa. W niniejszej publikacji przedstawione zostaną w zarysie wybrane teorie zachowań samobójczych z uwypokreśleniem roli MS w owych modelach oraz mechanizmów progresji MS do ZS.

Samobójstwo w ujęciu socjologicznym

Część modeli teoretycznych nie akcentuje MS jako elementu mechanizmów prowadzących ku samobójstwu. Wydaje się to zrozumiałe w przypadku klasycznego, socjologicznego ujęcia samobójstw proponowanego jeszcze pod koniec XIX w. przez pioniera badań suicydologicznych Emila Durkheima. Opierając się na danych statystycznych, stwierdził on, że największy wpływ na częstość samobójstw mają takie czynniki jak: integracja pomiędzy członkami społeczeństwa lub rodziny oraz wpływ środowiska społecznego na przyjmowane przez jednostkę normy, aspiracje i ograniczenia, indywidualizm, wygórowane oczekiwania jednostek. Obserwacje dotyczące owych oddziaływań skłoniły Durkheima do wyróżnienia czterech kategorii samobójstw [29]:

1. Egoistycznego – wynikającego ze zbyt słabej integracji ze środowiskiem społecznym, zaniku więzi społecznych, braku poczucia przynależności (np. grupy wyznaniowe o niskiej spójności społecznej, takie jak protestanci, osoby samotne, owdowiałe, bezdzietne).
2. Altruistycznego – będącego skutkiem zbyt silnej integracji ze środowiskiem społecznym, dominacji celów grupy nad celami należącymi do jednostki, oddanie życia dla dobra określonej grupy społecznej (np. piloci kamikadze, zamachowcy-samobójcy, żołnierze).
3. Anomicznego – spowodowanego rozluźnieniem lub niejasnością norm i kontroli społecznej, niestabilnością sytuacji społecznej, brakiem regulującego wpływu społeczeństwa na moralność i aspiracje jednostki, brakiem sankcjonującego znaczenie jednostki wpływu społeczeństwa (np. emigranci, członkowie społeczeństw ulegających wpływowi globalizacji, członkowie kultur opierających się na indywidualizmie, konsumpcjonizmie).
4. Fatalistycznego – będącego konsekwencją nadmiernych ograniczeń, restrykcji, skrajnie dotkliwej, intruzywnej kontroli narzuconej z zewnątrz (np. samobójstwa więźniów, osób zmuszonych do niewolniczej pracy, członków społeczeństw, w których łamane są prawa człowieka, samobójstwa osób należących do dyskryminowanych grup społecznych).

Wśród kontynuatorów badań suicydologicznych w perspektywie socjologicznej warto przywołać postać Benjamin Wolmana. Akcentował on prosuicydalny wpływ kultury XX w. indukującej w jednostkach poczucie alienacji, rozkład więzi rodzinnych, depersonalizację relacji międzyludzkich oraz zatracanie się jednostki – jej wartości i tożsamości – w kulturze masowej [30].

Koncepcje psychoanalityczne

Psychoanaliza dostarcza wielu inspiracji pozwalających rozmaicie interpretować MS i ZS. Niewątpliwie do najlepiej znanych należą teorie Sigmunda Freuda. Z ich perspektywy MS lub ZS mogą być rozumiane m.in. jako przejawy popędu śmierci (*thanatos*), czyli dążenia do samozagłady i powrotu do stanu nieożywionego, co jednak stanowi pogląd krytykowany przez wielu późniejszych badaczy m.in. za jego „mechanistyczny” charakter [31–35].

Freud zakładał również, że wobec melancholii i sprzecznych uczuć w stosunku do utraconego obiektu dochodzi do rozszczepienia *ego* oraz utożsamienia odszczepionej części *ego* z utraconym obiektem, w wyniku czego wrogość wobec utraconego obiektu zostaje przekierowana na *ego* pacjenta. Tak więc, nie umiejąc wyrazić swoich sprzecznych emocji wobec obiektu, pacjent daje upust morderczej złości na obiekt, stając się zdolnym do wyrządzenia sobie krzywdy lub popełnienia samobójstwa [32–35]. Późniejsza hipoteza Freuda zakłada, że samobójstwo może nastąpić pod wpływem surowego *superego*, które opuszcza *ego*, przestając je gratyfikować i kieruje nań swoją agresją [34, 36]. Ową teorię rozwinął Otto Fenichel, zaznaczając, że budzący się w *ego* lęk przed porzuceniem przez *superego* przyczynia się do samobójstwa. Podkreślał on

także, że samobójstwo może stanowić wyraz dążenia do ponownego zjednoczenia się z utraconym obiektem [32–34, 37].

Z kolei Karl Menninger opisuje jako przyczyny samobójstwa introjekcję utraconego obiektu oraz przemieszczenie prymitywnej oralnej wrogości z obiektu zależności na *ego*. Przedstawia także samobójczą triadę nieuświadomionych pragnień, na którą składają się pragnienie dokonania morderstwa, pragnienie bycia zabitym oraz pragnienie śmierci – a które wiążą się odpowiednio ze strukturami *id*, *ego* oraz *superego*. Według Menningera współwystępowanie wszystkich trzech pragnień składowych skutkuje samobójstwem [34, 38].

Ważnym uzupełnieniem owych rozważań są wniesione przez Melanie Klein spostrzeżenia dotyczące udziału w samobójstwie mechanizmów obronnych, takich jak rozszczepienie, projekcja i identyfikacja. Według Klein samobójstwo stanowi, obok agresji wymierzonej przeciwko uwewnętrznionemu obiektowi, wyraz jednoczesnego dążenia do ocalenia go. Niemożność pogodzenia sprzeczności w obrazach obiektów zmusza samobójcę do obronnego posłużenia się rozszczepieniem. W takich warunkach nieświadomym motywem samobójczym może być chęć zniszczenia części *ego*, która identyfikuje się ze złym obiektem lub *id*, co pozwala ocalić zinternalizowany dobry obiekt oraz identyfikującą się z nim część *ego* [32, 34, 35].

Donald Winnicott przyjmuje, że frustracja prawdziwego *self* i opresyjność wobec niego wraz z warunkami pozwalającymi na istnienie wyłącznie fałszywemu *self* mogą być przyczyną samobójstwa [34, 39, 40]. Według Heinza Kohuta brak matczynej, opiekuńczej postaci w okresie dzieciństwa (*a nurturing maternal figure*) skutkuje niemożnością uwewnętrznienia kojącego, niosącego pocieszenie obiektu. Czyni to pacjenta bezbronnym i bezradnym wobec sytuacji napięcia i strat oraz naraża na depresję, lęk lub dezintegrację. Pośród owych reakcji Kohut akcentuje znaczenie skrajnie intensywnego lęku, który może prowadzić do samobójstwa – aktu, w którym poczucie sprawczości zostaje ocalone kosztem destrukcji własnego ciała i osobistego świata [34, 40]. W ujęciu teorii rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona samobójstwo może być rozumiane jako następstwo niepowodzeń w przezwyciężaniu kryzysów związanych z kolejnymi fazami rozwoju. Zgodnie z tą teorią kumulacja owych niepowodzeń może prowadzić do utrwalenia się wielu prosuicydalnych stanów psychicznych, m.in. braku ufności wobec otoczenia, wstydu, braku wiary we własne siły, poczucia winy, poczucia niższości, braku przyjmowanych spójnych ról społecznych, poczucia osamotnienia, poczucia bezproduktywności lub poczucia rozczarowania [41].

Przytoczone tutaj ważniejsze psychoanalityczne modele suicydalności – jak się zdaje z przyczyn aksjologicznych – nie opisują szczegółowo samej progresji MS do ZS. W ich ujęciu procesy powstawania MS i progresji MS do ZS nie wydają się różnić od siebie jakościowo. Sugeruje to, że o istotnej z klinicznego punktu widzenia progresji MS do ZS może decydować – trudna do oszacowania – zmiana „ilościowa”, tj. zmiana siły oddziaływania poszczególnych mechanizmów (dynamizmów psychicznych). Tego rodzaju „ilościowe” uwarunkowania mogą przynajmniej częściowo odpowiadać za napotykaną w praktyce trudność w estymacji ryzyka progresji MS do ZS.

Zespół presuicydalny

Do przełomowych koncepcji suicydologicznych bez wątpienia należy opisany przez Erwina Ringela w 1953 r. zespół presuicydalny. Jest on definiowany jako stan psychiczny bezpośrednio poprzedzający próbę popełnienia samobójstwa. Według autora na ten stan składają się trzy główne, wzajemnie wzmacniające się komponenty (prekursory samobójstwa) [2, 26, 34]:

1. Zawężenie w następujących obszarach funkcjonowania:
 - a) zawężenie dynamiczne (dominują negatywne uczucia i myśli, pesymizm, antycypowanie nieszczęść, lęk, niskie poczucie własnej wartości, poczucie bezradności, koncentracja na poniesionych stratach),
 - b) zawężenie sytuacyjne (niedostrzeganie możliwości zmiany swojej sytuacji, poczucie znalezienia się w sytuacji bez wyjścia, brak nadziei odbiera poczucie sensu i udaremnia podejmowanie konstruktywnych działań),
 - c) zawężenie systemu wartości (dewaluacja wcześniej cenionych wartości, rezygnacja z zainteresowań i z kontaktów z innymi),
 - d) zawężenie relacji interpersonalnych (wycofanie społeczne, osamotnienie, poczucie odrzucenia).
2. Pojawienie się fantazji, w których samobójstwo jest błędnie postrzegane jako korzystne i pożądane rozwiązanie (myśli samobójcze).
3. Kumulowanie się agresji i napięcia, które najpierw są powstrzymywane, a ostatecznie zostają zwrócone do wewnątrz, tj. przeciwko sobie, czego wyrazem może być samobójstwo.

Taka perspektywa, choć precyzyjnie nie umiejscawia MS w uporządkowanym łańcuchu przyczynowo-skutkowym, przypisuje im rolę jednego z trzech kluczowych czynników prosuicydalnych. Według Ringela współwystąpienie wszystkich trzech wymienionych czynników powoduje eskalację ryzyka samobójczego. Innymi słowy, ryzyko progresji MS do ZS jest najwyższe, gdy MS towarzyszy stan swoistego zawężenia w określonych powyżej obszarach funkcjonowania równocześnie z tendencją do kierowania skumulowanej agresji na własną osobę.

Samobójstwo jako skutek bólu psychicznego

Edwin Shneidman, jeden z pionierów suicydologii, definiuje samobójstwo jako świadomy akt samozagłady będący wielowymiarowym zjawiskiem, które dotyczy owładniętego niezaspokojonymi pragnieniami człowieka, który postrzega samobójstwo jako najlepsze rozwiązanie dla pewnego, indywidualnie definiowanego przez niego problemu. W świetle prac Shneidmana wśród prosuicydalnych czynników kluczowe miejsce zajmuje przekraczający granice tolerancji danej jednostki ból psychiczny (*psychache* – termin wprowadzony przez Shneidmana) wiążący się z niezaspokojonymi pragnieniami i frustracją, poczuciem winy i wstydu, poczuciem upokorzenia, samotnością oraz różnymi formami lęku. Źródłami bólu psychicznego są, według Shneidmana, traumatyczne doświadczenia (np. problemy zdrowotne,

odrzućcie przez partnera etc.) oraz nieświadomione uwarunkowania psychodynamiczne [26, 32, 34].

Akcentowany przez Shneidmana jest również udział koncentrowania się pacjenta niemal wyłącznie na „negatywnych” emocjach oraz na pojedynczym sposobie ucieczki od nich poprzez samobójstwo. Oznacza to pewnego rodzaju zawężenie w zakresie emocji i wachlarza dostrzeganych rozwiązań („widzenie tunelowe”), jak również silne zaabsorbowanie myślami samobójczymi – co współbrzmi z poglądami Ringela. Osoba, która chce odebrać sobie życie, pragnie odnaleźć wyjście, chce uciec, „opuścić scenę”, oddalić się, być „gdzie indziej”, przestać istnieć. Ponadto część osób o skłonnościach samobójczych ujawnia wzorce zachowań polegające na stopniowym ograniczaniu, zawężaniu lub „wygaszaniu” swojego życia, skracaniu jego długości i redukowaniu jego zakresu, co opisywane jest także jako tzw. pośrednia autodestruktywność [32, 42, 43].

Według Shneidmana myśli o przerwaniu stanu nieznosnego cierpienia (poprzez samobójstwo lub „zaśnięcie na zawsze”) jawią się takiej osobie jako możliwość, która kładzie kres cierpieniu, frustracji i poczuciu samotności. Poprzez samobójstwo człowiek chce odciąć się od (uwolnić się od świadomości) przytłaczającego bólu psychicznego. Towarzyszy mu poczucie znalezienia się w potrzasku, bycia odrzuconym, osaczonym, beznadziejnym, nieudolnym i bezsilnym (co bliskie jest zarysowanemu poniżej modelowi eskapistycznemu opisanemu przez Baumeistera). Stan psychiczny osoby usiłującej odebrać sobie życie porównywany jest do stanu osoby poddanej działaniu trucizn lub niektórych substancji psychoaktywnych – jest ona jak gdyby „odurzona” silnymi emocjami, co ogranicza jej percepcję i zdolność racjonalnego myślenia [26, 32, 34, 43].

Wśród przeżyć osoby skłaniającej się ku samobójstwu Shneidman akcentuje również ambiwalencję. Osoba taka zmaga się ze złożonością i sprzecznością swoich uczuć, postaw i impulsów – zarówno wobec siebie, innych osób, jak i wobec samego aktu samobójczego [32, 34, 43]. Ową ambiwalencję uwypukla również Erwin Stengel, czego wyrazem jest jego propozycja, aby próba samobójcza była definiowana jako rozmyślny akt samouszkodzenia, który jest podejmowany przez daną osobę przy wykluczeniu przez nią pewności co do jego przeżycia. Oznacza to podejmowanie działań nie przy przewidywaniu nieuchronności śmierci w ich następstwie, lecz przy aprobowaniu ewentualności, że w ich wyniku śmierć może nastąpić [44].

Poczucie bezradności i błędy poznawcze a ryzyko samobójcze

Według Aarona T. Becka samobójstwo wiąże się przede wszystkim z depresją i poczuciem bezradności. Poczucie bezradności, definiowane jako oczekiwanie negatywnych przeżyć, odgrywa kluczową rolę w samobójstwie. Osoba zamierzająca popełnić samobójstwo postrzega je jako jedyne rozwiązanie dla swojego budzącego rozpacz problemu. Zwykle osoba taka skrajnie pesymistycznie ocenia swoją przyszłość. Oczekuje, że w przyszłości spotka ją więcej cierpień, więcej trudności, więcej frustracji, więcej depriwacji etc. Jej sposób postrzegania siebie często również jest przesadnie negatywny. Uznaje się ona za nieuleczalną, nieudolną, bezradną. Jest krytyczna wobec siebie, obwinia się, kieruje przeciwko sobie różne zarzuty i ma niskie poczucie

własnej wartości. Osoba zamierzająca popełnić samobójstwo zwykle postrzega siebie jako zubożoną lub pozbawioną różnych zasobów – często nazbyt samokrytycznie. Przejawia się to w postaci myśli o samotności, o byciu odrzuconym przez innych, niekochanym, a niekiedy o braku materialnych środków niezbędnych do utrzymania się. Chociaż obok planów samobójczych istnieje najczęściej szereg innych rozwiązań, arbitralny wybór samobójstwa widziany jest subiektywnie jako jedyny dostępny. Nie są brane pod uwagę inne alternatywy i przyjmowana jest słuszność (trafność) własnych, wiodących ku samobójstwu interpretacji. W konsekwencji myśli samobójcze, często niejako automatycznie się narzucające, mogą wiązać się z wieloma błędami poznawczymi, np.: nadmierną generalizacją, wyolbrzymieniem lub pomniejszeniem, błędną atrybucją, nietrafnym etykietowaniem, selektywnym abstrahowaniem, negatywnymi uprzedzeniami etc. Stan afektywny (reakcja emocjonalna) osoby zamierzającej popełnić samobójstwo odpowiada etykietce nadanej traumatycznej sytuacji przez daną osobę, bez względu na rzeczywistą trudność jej sytuacji. Niezależnie od tego, czy dominującym afektem jest smutek, złość, niepokój czy euforia, im większa jest intensywność afektu, tym silniejsze jest poczucie zasadności (wiarygodności) towarzyszących mu zgubnych myśli. Mając poczucie znalezienia się w beznadziejnej sytuacji i nie chcąc zmagać się z odczuwanym bólem psychicznym, osoba pragnie ucieczki. Wówczas śmierć może być postrzegana jako bardziej pożądana niż życie [32, 34, 43].

Eskapistyczna teoria samobójstwa

Eskapistyczna teoria samobójstwa (*Escape Theory of Suicide*) Roya F. Baumeistera (stanowiąca zrewidowaną wersję teorii Jeana Baechlera powstałej w latach 70. XX w.) proponuje rozumienie czynu samobójczego jako następstwa sekwencji sześciu przyczynowo powiązanych ze sobą etapów tzw. drzewa decyzyjnego [34, 45]:

1. Przeżycia powodujące silne poczucie zawodu, rozczarowania, znacznie odbiegające od oczekiwań danej osoby (czego przyczyną mogą być zarówno nierealistyczne, wygórowane, rygorystyczne oczekiwania w stosunku do siebie, jak i bieżące problemy i niepowodzenia).
2. Przypisanie sobie odpowiedzialności za ów stan rzeczy, co określane jest także jako atrybucja do wewnątrz, czyli skierowana ku *ja*.
3. Zestawienie *ja* z przyjętymi wobec siebie oczekiwaniami wzbudzające bolesne poczucie nieadekwatności *ja*, jego niekompetencji, nieatrakcyjności, lęk przed odrzuceniem lub poczucie winy.
4. Wymienione odczucia powodują negatywny wpływ na stan afektywny oraz obniżenie nastroju.
5. Dążenie do ucieczki od negatywnego afektu realizowane jest poprzez tzw. poznawczą dekonstrukcję (*cognitive deconstruction*, definiowaną jako przejście do mniej zintegrowanych, prostszych form myślenia konkretnego, skoncentrowanego na „tu i teraz” o zawężonej perspektywie czasowej, charakteryzujących się sztywnością poznawczą i emocjonalną oraz obronnym unikaniem złożonych interpretacji, co częściowo pozwala uzyskać stan zobojętnienia czy też odrętwienia), przy czym

dana osoba może poszukiwać coraz to bardziej radykalnych sposobów na uwalnianie się od nieprzyjemnych myśli i uczuć.

6. Do następstw poznawczej dekonstrukcji należą: (a) postępująca redukcja zahamowań (*disinhibition*) chroniących przed ZS, (b) dominacja pragnienia ucieczki od negatywnego afektu przy wygaszeniu innych emocji, (c) postawa bierności i rezygnacji z poszukiwania konstruktywnych rozwiązań oraz (d) skłonność do nieracjonalnie pesymistycznego oceniania sytuacji i odrzucania nadających wartość myśli. Wiąże się to z osłabieniem dążeń samozachowawczych, brakiem poczucia wewnątrzsterowności, brakiem antycypacji przyjemnych zdarzeń w przyszłości, redukcją poczucia więzi lub zobowiązań wobec bliskich, nieszanowaniem norm i zakazów społecznych – osłabieniem czynników, które zapobiegały impulsywnym, irracjonalnym lub ryzykownym działaniom przeciwko własnemu *ja*.

Teoria Baumeistera proponuje w ten sposób odmienne od wcześniej opisanych koncepcji spojrzenie na progresję MS do ZS. Akcentuje ona stopniowy rozkład barier ochronnych, przy braku których MS mogą stawać się coraz silniejszymi bodźcami do działania. Innymi słowy, teoria eskapistyczna pozwala wyodrębnić istotny dla progresji MS do ZS czynnik, którym jest odhamowująca samobójcze dążenia poznawcza dekonstrukcja.

Interpersonalna teoria zachowań samobójczych

W ostatnich latach wiele uwagi poświęcono sformułowanej w 2005 r. przez Thomasa Joinera, a następnie rozwiniętej przez Van Orden i wsp. interpersonalnej teorii samobójstwa (*Interpersonal Theory of Suicide*). Teoria ta zakłada, że większość prób samobójczych (zarówno tych, które skutkowały śmiercią, jak i tych, które nie doprowadziły do śmierci, choć była ona wysoce prawdopodobna) spowodowana jest jednoczesną obecnością trzech czynników. Współwystępowanie dwóch z nich, tj. niezaspokojonej potrzeby przynależności (*thwarted belongingness*) oraz poczucia, że jest się nie do zniesienia (*perceived burdensomeness*), prowadzi do wystąpienia chęci odebrania sobie życia (myśli samobójczych). Dołączenie się trzeciego czynnika, jakim jest zdolność do podjęcia samobójstwa (*capability for suicide*), skutkuje wystąpieniem prób samobójczych [28, 46].

Niezaspokojona potrzeba przynależności opisywana jest przez autorów jako konstrukcja interpersonalna posiadająca dwa aspekty: uporczywe uczucie samotności oraz brak relacji opierających się na wzajemnej trosce. Sytuacje, jakie mogą się z nią wiązać, to wycofanie społeczne, śmierć partnera, rozwód, konflikt rodzinny, przemoc w rodzinie, bycie ofiarą wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie etc. [28, 46].

Poczucie, że jest się nie do zniesienia, opisywane jest przez autorów również jako czynnik mający dwa główne aspekty: poczucie, że własna śmierć jest korzystniejsza niż życie oraz nienawiść wobec siebie. Czynnik ten może wiązać się z poczuciem, że jest się ciężarem dla bliskich, jak również z cierpieniem związanym z chorobą somatyczną, bezrobociem czy bezdomnością. Jego wyrazem mogą być komunikaty takie jak: „jestem bezużyteczny”, „sprawiam innym same problemy” etc. Jego emocjonalnymi

komponentami mogą być poczucie winy, poczucie wstydu, niskie poczucie własnej wartości lub poczucie bycia zbędnym. Szczególnie wyraźny prosuicydalny wpływ poczucia, że jest się nie do zniesienia, stwierdzono, gdy pacjenci czuli się ciężarem nie tylko dla pojedynczej bliskiej osoby, ale dla wielu osób bliskich [28, 46].

Interpersonalna teoria zachowań samobójczych zakłada, że niezaspokojona potrzeba przynależności i poczucie, że jest się nie do zniesienia, są osobnymi czynnikami. Stąd nawet całkowita frustracja potrzeby przynależności nie wyłącza możliwości pojawienia się poczucia, że jest się nie do zniesienia. Potwierdzenia empirycznego dla tego modelu dostarczają badania, w których stwierdzono, że obecność tylko jednego z owych dwóch czynników wiąże się ze względnie niewielką skłonnością do MS, podczas gdy obecność ich obu silnie predysponuje do wystąpienia MS [28, 46].

Trzeci czynnik, który odpowiada za progresję MS do ZS, jest określany mianem zdolności do popełnienia samobójstwa i rozumiany jest jako przełamanie ewolucyjnie ukonstytuowanego lęku przed samobójstwem. Jego składową są m.in. lęk i tolerancja wobec bólu fizycznego. Zakłada się, że do przełamania owego lęku zwykle dochodzi poprzez habituację – ekspozycję na doświadczenia bólu związanego z chorobami somatycznymi, powtarzające się samookaleczenia lub zachowania samobójcze etc. Osiągnięcie stabilnego, nieambiwalentnego przekonania o tym, że planowana metoda samobójcza nie wywoła bólu, którego nie dałoby się znieść, uznawane jest za kluczowy komponent zdolności do popełnienia samobójstwa [28, 46].

Autorzy przyjmują, że za pośrednictwem opisanych powyżej trzech kluczowych elementów owego modelu swój prosuicydalny wpływ wywiera większość spośród dobrze znanych czynników ryzyka samobójczego, do których zaliczają m.in. zaburzenia psychiczne [28, 46]. Podkreśla się, że wyniki wielu badań empirycznych przemawiają za trafnością tego modelu [28, 46]. Co więcej, nie może ująć uwadze znaczny stopień zbieżności poglądów Joinera z innymi koncepcjami suicydologicznymi, m.in. Durkheima, Baumeistera czy Shneidmana. Przykładowo w modelu interpersonalnym można dopatrzeć się próby syntezy dwóch typów samobójstwa opisanych przez Durkheima. Po przejściu z perspektywy socjologicznej do jednostkowej samobójstwa egoistyczne Durkheima wydają się korespondować z niezaspokojoną potrzebą przynależności, natomiast samobójstwa altruistyczne wydają się korespondować z poczuciem bycia nie do zniesienia.

Zintegrowany model motywacyjno-wolicjonalny

Inspirowany wcześniejszym jeszcze modelem uniemożliwionej ucieczki (*arrested flight model*) Marka Williamsa [47], model motywacyjno-wolicjonalny (*integrated motivational-volitional model* – IMV) autorstwa Rory'ego C. O'Connora [32] posiada dobrze zweryfikowane podstawy empiryczne. Zakłada on, że do wystąpienia zachowań samobójczych prowadzą trzy kolejne fazy: premotywacyjna, motywacyjna i wolicjonalna. Faza pierwsza, premotywacyjna, stanowi tło biospołeczne całego procesu i moderuje przebieg późniejszych faz. Obejmuje ona interakcje pomiędzy: (a) podatnością na stres jednostki oraz (b) czynnikami środowiskowymi i (c) wydarzeniami życiowymi.

Druga, najbardziej złożona faza motywacyjna opisuje kształtowanie się MS. Wyjściowymi czynnikami na drodze ku MS są doświadczenie porażki lub doświadczenie

upokorzenia, którym towarzyszy podatność na owe przeżycia. Dalej niemożność ucieczki od nich może doprowadzić do stanu osaczenia (*entrapment*), co zależne jest od szeregu różnorodnych moderatorów determinujących subiektywny poziom zagrożenia dla *ja* (*threat to self moderators*), m.in. strategii radzenia sobie, umiejętności rozwiązywania problemów społecznych, utrwalonych błędnych przekonań o własnej niezaradności czy też skłonności do ruminacji. Następnie stan osaczenia i braku wyjścia z sytuacji może wyzwolić MS, co z kolei zależne jest od moderatorów motywacyjnych (*motivational moderators*) – m.in. akcentowanych przez Joinera – poczucia bycia ciężarem i poczucia braku przynależności, jak również czynników takich jak brak pozytywnych myśli o przyszłości, brak planów na przyszłość czy też brak wsparcia społecznego [32].

W końcu przejście z fazy drugiej, motywacyjnej do fazy trzeciej – wolicjonalnej, podczas której myśli i zamiary samobójcze są realizowane, co oznacza progresję MS do ZS, może nastąpić pod wpływem moderatorów wolicjonalnych (*volitional moderators*). Pośrednim etapem owej progresji jest określenie planu samobójczego: czasu, miejsca i metody. Model IMV zakłada, że moderatory biorące udział w tym procesie mogą mieć bardzo różnorodny charakter i nie zawiera ich zamkniętej listy. Do ważniejszych z nich należą: (a) nabyta zdolność do podjęcia ZS (*acquired capability for suicide*), rozumiana zgodnie z przytoczoną wcześniej teorią interpersonalną Joinera jako wynik habituacji pozwalającej przełamać opór przed wyrządzeniem sobie krzywdy i sprawieniem sobie bólu, (b) impulsywność, (c) procesy wdrażania intencji (*implementation intentions*), opisane przez Petera Gollwitzera, wiążą się z wcześniejszym określeniem kiedy, gdzie i w jaki sposób zrealizować zamiar samobójczy, utrwaleniem danego schematu reagowania, m.in. poprzez wielokrotne i szczegółowe powtarzanie prostego planu samobójczego, co sprawia, że w odpowiednich okolicznościach z łatwością może dojść do aktywacji zachowań samobójczych i ich niemal automatycznej realizacji przy niewielkich szansach na ich krytyczną reewaluację i przerwanie, (d) znajomość innych osób, które przejawiały zachowania samobójcze (naśladownictwo jako forma społecznego uczenia się) oraz (e) dostęp do środków umożliwiających zachowania samobójcze [32, 48].

Podsumowanie

U pacjentów leczonych psychiatrycznie MS są jednym z najczęściej obserwowanych objawów. Dotyczy to zarówno pacjentów oddziałów stacjonarnych, jak i oddziałów dziennych czy leczenia ambulatoryjnego. Trafna ocena ryzyka samobójczego w tych sytuacjach należy do najważniejszych i najtrudniejszych wyzwań stojących przed klinicystami. Owo zagadnienie nabiera szczególnego znaczenia wobec alarmujących danych z ostatnich lat dotyczących wzrastającej częstości samobójstw. W celu podniesienia trafności oceny ryzyka u pacjentów z MS, poza zwróceniem uwagi na ogół dobrze znanych czynników ryzyka samobójczego, zasadne jest szczególne wyczerpiecie na czynniki mające największe znaczenie dla progresji MS do ZS.

Tego rodzaju szersze spojrzenie na ryzyko samobójcze może być użyteczne nie tylko w przypadkach pacjentów ujawniających MS, lecz także tych, u których podejrzewa się dyssymulację myśli samobójczych oraz u których wystąpiły sugerujące obecność MS inne przejawy suicydalności.

Przegląd wybranych teorii samobójstwa unaocznia złożoność i wieloaspektowość poglądów na przejście od MS do ZS. Niektóre z omawianych teorii – z różnych względów – nie wyodrębniają owej progresji z całości procesu prowadzącego do samobójstwa. Pozostałe z opracowanych dotąd modeli rozpatrywane z osobna nie wydają się opisywać progresji MS do ZS w sposób wyczerpujący. Niemniej jednak omówione koncepcje nie wykluczają się wzajemnie. Co więcej, kolejne modele wydają się wzajemnie uzupełniać poprzez uwzględnianie coraz szerszego spektrum różnych aspektów i wymiarów procesu wiodącego ku samobójstwu. Wraz z powiększającym się zasobem wyników badań klinicznych pozyskujemy także coraz lepiej ugruntowane podstawy empiryczne dla rozumienia, w jaki sposób dochodzi do zachowań samobójczych. W ten sposób stopniowo niwelowana jest istotna luka w naszym rozumieniu zachowań samobójczych – luka pomiędzy intencją a zachowaniem (*the intention-behaviour gap*). Uzupełniające się w tym zakresie kolejne teorie suicydologiczne wydają się coraz bliższe doświadczeniu klinicznemu, dostarczają użytecznych perspektyw dla oceny sytuacji pacjentów i pozwalają wskazać wymagające uwzględnienia czynniki ryzyka.

W kontekście zaprezentowanych modeli zachowań samobójczych wśród najbardziej specyficznych dla progresji MS do ZS grup czynników wyróżnia się: (1) przełamanie lęku przed wyrządzeniem sobie fizycznej krzywdy i zadaniem sobie bólu, a także załamywanie się innych barier ochronnych, m.in. (2) zanik poczucia więzi z innymi, poczucie osamotnienia, opuszczenia, brak poczucia przynależności, brak wsparcia społecznego, (3) rezygnacja ze zobowiązań rodzinnych i społecznych, (4) odrzucenie norm kulturowych lub religijnych, (5) odrzucenie dotychczas cenionych celów życiowych, wartości, aspiracji, (6) zawężenie w zakresie dostrzeganych alternatyw dla samobójstwa, czy też „widzenie tunelowe”, poczucie bezradności i bezsilności, (7) szczegółowe opracowanie i przyjęcie prostego planu zachowań samobójczych, a zwłaszcza utrwalenie, czy też „automatyzacja” tego planu poprzez powtarzanie, (8) impulsywność, (9) spiętrzenie się agresji kierowanej w akcie samobójczym przeciwko sobie i w końcu (10) dostępność środków służących samobójstwu.

Piśmiennictwo

1. Saxena S, Krug E, Chestnov O. *Preventing suicide. A global imperative*. Luxembourg: World Health Organization Press; 2014.
2. Sadock BJ, Alcott Sadock V, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, wyd. 11. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
3. Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. *Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample*. J. Affect. Disorders 2013; 151(3): 1059–1065.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M i wsp. *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts*. Brit. J. Psychiat. 2008; 192: 98–105.
5. Komenda Główna Policji. *Wybrane statystyki. Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem*. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>. Warszawa; 2016.
6. Gmitrowicz A, Szymczak W, Kropiwnicki P, Rabe-Jabłońska J. *Gender influence in suicidal behaviour of Polish adolescents*. Eur. Child Adoles. Psych. 2003; 12(5): 205–213.

7. Napieralska E, Kułaga Z, Gurzkowska B, Grajda A. *Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010; 91(1): 92–98.
8. Stańczuk J. *Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2012.
9. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. *Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review*. Psychol. Med. 2003; 33(3): 395–405.
10. Vuorilehto M, Valtonen HM, Melartin T, Sokero P, Suominen K. *Method of assessment determines prevalence of suicidal ideation among patients with depression*. Eur. Psychiat. 2014; 29(6): 338–44.
11. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P i wsp. *Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders*. J. Clin. Psychiat. 2005; 66(11): 1456–1462.
12. Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*, t. II. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. s. 303–76.
13. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. *Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: An update for the clinician*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009; 31(3): 271–280.
14. Fanous AH, Chen X, Wang X, Amdur R, O'Neill FA i wsp. *Genetic variation in the serotonin 2A receptor and suicidal ideation in a sample of 270 Irish high-density schizophrenia families*. Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet. 2009; 150B(3): 411–417.
15. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. *Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders*. Am. J. Psychiat. 1999; 156(10): 1590–1595.
16. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination*. Arch. Gen. Psychiat. 2005; 62(3): 247–253.
17. Chapman CL, Mullin K, Ryan CJ, Kuffel A, Nielssen O i wsp. *Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder*. Acta Psychiat. Scand. 2015; 131(3): 162–173.
18. Mayes SD, Fernandez-Mendoza J, Baweja R, Calhoun S, Mahr F. *Correlates of suicide ideation and attempts in children and adolescents with eating disorders*. Eat. Disord. 2014; 22(4): 352–366.
19. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.
20. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1343–1358.
21. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A. *Skuteczność terapii w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych w oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 489–502.
22. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD i wsp. *Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review*. Encephale. 2008; 34(5): 452–458.
23. Borges G, Loera CR. *Alcohol and drug use in suicidal behaviour*. Curr. Opin. Psychiatr. 2010; 23(3): 195–204.
24. Shoval G, Shmulewitz D, Wall MM, Aharonovich E, Spivak B i wsp. *Alcohol dependence and suicide-related ideation/behaviors in an Israeli household sample, with and without major depression*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2014; 38(3): 820–825.
25. Schneider B. *Substance use disorders and risk for completed suicide*. Arch. Suicide Res. 2009; 13(4): 303–316.

26. Simon RI, Hales RE. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*, wyd. 2. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
27. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. *Clinical correlates of inpatient suicide*. J. Clin. Psychiat. 2003; 64(1): 14–19.
28. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA. *The interpersonal theory of suicide*. Psychol. Rev. 2010; 117(2): 575–600.
29. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. London: The Free Press; 1951.
30. Wolman BB, Krauss HH. *Between survival and suicide*. John Wiley & Sons Inc; 1976.
31. Freud S. *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2016.
32. O'Connor RC, Platt S, Gordon J. *International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester: John Wiley & Sons; 2011.
33. Freud S. *Complete psychological works of Sigmund Freud, The Vol. 14: "On the History of the Post Psychoanalytic Movement", "Papers on Metapsychology" and other works*. London: Vintage; 2001.
34. Nock MK. red. *Oxford Textbook of Suicide*. New York: Oxford University Press; 2014.
35. Barzilay S, Apter A. *Psychological models of suicide*. Arch. Suicide Res. 2014; 18(4): 295–312.
36. Freud S. *Complete psychological works of Sigmund Freud, The Vol. 19: "The Ego and the Id" and other works*. London: Vintage; 2001.
37. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton & Company; 1932.
38. Menninger K. *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World; 1938.
39. Winnicott DW., *Maturation processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Karnac; 1975.
40. Kohut H. *The analysis of the Self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. London: International University Press; 2000.
41. Stillion JM, McDowell EE, May MJ. *Suicide across the life span: Premature exits*. New York: Hemisphere; 1989.
42. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Wołoszczak M. *Indirect (chronic) self-destructiveness and modes of suicide attempts*. Arch. Med. Sci. 2010; 6: 111–116.
43. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people: A person-centred approach*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
44. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis; 2002.
45. Baumeister RF. *Suicide as escape from self*. Psychol. Rev. 1990; 97(1): 90–113.
46. Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.
47. Williams JMG. *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*. London: Penguin; 2001.
48. Gollwitzer PM. *Implementation intentions. Strong effects of simple plans*. Am. Psychol. 1999; 54(7): 493–503.

Adres: Paweł Rodziński
Centrum Medyczne Promocji Zdrowia Psychicznego
35-021 Rzeszów, ul. Langiewicza 16/22

Otrzymano: 11.05.2016

Zrecenzowano: 25.06.2016

Otrzymano po poprawie: 27.06.2016

Przyjęto do druku: 2.07.2016